

Planerat nutritionsstöd för:

Nutrieras via:

- ☐ Nasogastrisk sond
☐ PEG/gastrostomikateter
☐ Knapp

Annan sond.....

- ☐ Sonden skall sitta tills vidare Bör bytas inom.....veckor/månader

Energibehov.....kcal/dygn**Vätskebehov**.....ml/dygn**Proteinbehov**.....g/dygn**Näringslösning**, sort.....mängd.....ml/dygn**Näringslösning**, sort.....mängd.....ml/dygn**Näringslösning**, sort.....mängd.....ml/dygn

Extra vätska.....

Tillförselhastighet.....ml/h eller enligt startschema:

Kontinuerligt dag.....enl. pm/rutin

Intermittent/Bolus dag.....

Matintag

- ☐ Fastar
☐ SNR-kost
☐ A-kost
☐ E-kost

Personlig kost.....

- ☐ Endast smakportioner, konsistens.....

Viktkontroll.../ vecka / månad. Vid ofrivillig negativ viktutveckling kontakta läkare/dietist.

Datum.....

Ansvarig personal.....Tel.....